FORMATTING DATE: 04 juin 2016
FRANÇAIS LANGUAGE: 01 juin 2016

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
ACCIDENTS ET BLESSURES
QUESTIONNAIRE STANDARD MÉNAGE

[NOM DU PAYS]
[NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)

NOM DE LA LOCALITÉ _____

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE GRAPPE . . . . . | | | | |

NUMÉRO DU MÉNAGE . . . . . | | | | |

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) . . . . . |

VISITES D'ENQUÊTEURS

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR | | MOIS | | ANNÉE | | | |
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE				No ENQUÊT | | | |
RÉSULTAT*				RÉSULTAT* |
PROCHAINE DATE VISITE				NOMBRE TOTAL DE VISITES |
HEURE				

*CODES RÉSULTAT :

1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)

TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE \| \|

TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES \| \|

TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES \| \|

No DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE \| \|

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **0 1** | LANGUE DE L'INTERVIEW** \| \| | LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** \| \| | TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) \|

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS**

**CODES LANGUES :
01 FRANÇAIS
02 LANGUE 2
03 LANGUE 3
04 LANGUE 4
05 LANGUE 5
06 LANGUE 6

CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NUMÉRO	NUMÉRO
_____	| | | |	_____	| | | |	| |	| |

Note : Ce qui figure entre crochets [ ] doit être adapté aux spécificités du pays.

A01	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur des accidents de la route dans lesquels quelqu'un du ménage aurait pu être impliqué au cours des 12 derniers mois. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage a été tué dans un accident de la route dans les 12 derniers mois ou blessé dans un accident de la route, avec des blessures suffisamment graves pour l'avoir empêché, au moins pendant une journée, d'effectuer ses activités journalières normales ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ A14

A02	Quel est le nom des personnes tuées ou blessées ? INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE À A03. S'IL Y A PLUS DE DEUX PERSONNES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE ADDITIONNELS.		
A03	INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE	NOM _____	NOM _____
A04	Est-ce que (NOM) était dans une voiture, un camion, un bus, sur une moto, une bicyclette, un autre type de véhicule ou était-il un piéton ? SI UNE PERSONNE A EU PLUS D'UN ACCIDENT DE LA ROUTE, POSEZ LES QUESTIONS SUR L'ACCIDENT LE PLUS RÉCENT SEULEMENT.	VOITURE . . . . . 01 CAMION . . . . . 02 BUS . . . . . 03 MOTO . . . . . 04 BICYCLETTE . . . . . 05 PIÉTON . . . . . 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	VOITURE . . . . . 01 CAMION . . . . . 02 BUS . . . . . 03 MOTO . . . . . 04 BICYCLETTE . . . . . 05 PIÉTON . . . . . 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98
A05	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI . . . . . 1 → (ALLEZ À A09) NO . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 → (ALLEZ À A09)	OUI . . . . . 1 → (ALLEZ À A09) NO . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 → (ALLEZ À A09)
A06	Est-ce que le décès de (NOM) est lié à l'accident de la route ?	OUI . . . . . 1 NO 2	OUI . . . . . 1 NO 2
A07	Est-ce que (NOM) est une femme ou un homme ?	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2
A08	Quel était l'âge de (NOM) quand (NOM) est décédé ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS . . . . . 98 → (ALLEZ À A13)	ANNÉES . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS . . . . . 98 → (ALLEZ À A13)

A03	INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE	NOM _____	NOM _____
A09	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DE LA COLONNE 1. ENCERCLEZ '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ] (ALLEZ À A12) N'EST PAS DANS LE MÉNAGE . . 00	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ] (ALLEZ À A12) N'EST PAS DANS LE MÉNAGE . . 00
A10	Est-ce que (NOM) est une femme ou un homme ?	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2
A11	Quel âge a (NOM) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
A12	Quel type de blessures causées par l'accident (NOM) a t-il eues ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PARALYSÉ . . . . . A LÉSION CÉRÉBRALE . . . . . B DÉFIGURATION . . . . . C PERTE DE MEMBRE . . . . . D PERTE DE FONCTION DE MEMBRE . . . . . E PERTE DE LA VUE . . . . . F DOULEUR CHRONIQUE . . . . . G BRÛLURE . . . . . H COUPURES . . . . . I OS CASSÉ . . . . . J TRAUMATISME ÉMOTIONNEL . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	PARALYSÉ . . . . . A LÉSION CÉRÉBRALE . . . . . B DÉFIGURATION . . . . . C PERTE DE MEMBRE . . . . . D PERTE DE FONCTION DE MEMBRE . . . . . E PERTE DE LA VUE . . . . . F DOULEUR CHRONIQUE . . . . . G BRÛLURE . . . . . H COUPURES . . . . . I OS CASSÉ . . . . . J TRAUMATISME ÉMOTIONNEL . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
A13		RETOURNEZ À A04 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS PERSONNE AYANT EU UN ACCIDENT, ALLEZ À A14.	RETOURNEZ À A04 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS PERSONNE AYANT EU UN ACCIDENT, ALLEZ À A14.

A14	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur d'autres incidents dans lesquels quelqu'un du ménage aurait pu être impliqué au cours des 12 derniers mois. Est-ce que quelqu'un du ménage a été tué au cours des 12 derniers mois ou blessé lors d'un autre incident comme un incendie, une attaque violente, une morsure d'animal, une chute, une noyade ou quelque chose d'autre de suffisamment grave pour l'avoir empêché d'effectuer ses activités quotidiennes normales, pendant au moins une journée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 → FIN	

A15 Quel est le nom de/des personnes blessées ou tuées ?

INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE À A16.
S'IL Y A PLUS DE DEUX PERSONNES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE ADDITIONNELS.

A16	INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE	NOM _____	NOM _____
A17	Dans quel type d'incident (NOM) a t-il/elle été blessé ou tué ? SI UNE PERSONNE A EU PLUS D'UN INCIDENT, POSEZ LES QUESTIONS SUR L'INCIDENT LE PLUS RÉCENT SEULEMENT.	VIOLENCE/AGRESSIOI . . . . . 01 INCENDIE/BRÛLURES . . . . . 02 MORSURE D'ANIMAL . . . . . 03 CHUTE ACCIDENTELLE . . . . . 04 NOYADE . . . . . 05 EMPOISONNEMENT . . . . . 06 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) 96 NE SAIT PAS 98	VIOLENCE/AGRESSIOI . . . . . 01 INCENDIE/BRÛLURES . . . . . 02 MORSURE D'ANIMAL . . . . . 03 CHUTE ACCIDENTELLE . . . . . 04 NOYADE . . . . . 05 EMPOISONNEMENT . . . . . 06 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) 96 NE SAIT PAS 98
A18	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI . . . . . 1 (ALLEZ À A22) NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 (ALLEZ À A22)	OUI . . . . . 1 (ALLEZ À A22) NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8 (ALLEZ À A22)
A19	Est-ce que le décès de (NOM) est lié à cet incident ?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
A20	Est-ce que (NOM) est une femme ou un homme ?	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2
A21	Quel était l'âge de (NOM) quand (NOM) est décédé ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS . . . . . 98 (ALLEZ À A26)	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS . . . . . 98 (ALLEZ À A26)

A16	INSCRIVEZ LE NOM DE CHAQUE PERSONNE BLESSÉE OU TUÉE	NOM _____	NOM _____
A22	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DE LA COLONNE 1. ENCERCLEZ '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ] (ALLEZ À A25) ← N'EST PAS DANS LE MÉNAGE . . 00	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ] (ALLEZ À A25) ← N'EST PAS DANS LE MÉNAGE . . 00
A23	Est-ce que (NOM) est une femme ou un homme ?	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . . . . . 1 FÉMININ 2
A24	Quel âge a (NOM) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
A25	Quel type de blessures causées par l'incident (NOM) a t-il eues ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PARALYSÉ . . . . . A LÉSION CÉRÉBRALE . . . . . B DÉFIGURATION . . . . . C PERTE DE MEMBRE . . . . . D PERTE DE FONCTION DE MEMBRE . . . . . E PERTE DE LA VUE . . . . . F DOULEUR CHRONIQUE . . . . . G BRÛLURE . . . . . H COUPURES . . . . . I OS CASSÉ . . . . . J TRAUMATISME ÉMOTIONNEL . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	PARALYSÉ . . . . . A LÉSION CÉRÉBRALE . . . . . B DÉFIGURATION . . . . . C PERTE DE MEMBRE . . . . . D PERTE DE FONCTION DE MEMBRE . . . . . E PERTE DE LA VUE . . . . . F DOULEUR CHRONIQUE . . . . . G BRÛLURE . . . . . H COUPURES . . . . . I OS CASSÉ . . . . . J TRAUMATISME ÉMOTIONNEL . . . . . K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
A26		RETOURNEZ À A17 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS PERSONNE AYANT BLESSÉE, FIN.	RETOURNEZ À A17 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS PERSONNE AYANT BLESSÉE, FIN.